

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26006>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

# Huisarts en artrose

## Verslag van een literatuurstudie

Ch.P.M. Verhoeff

*Huisarts, Oosterhout (Gld.)*

Dr. E.H. van de Lisdonk

*Huisarts, Lent*

*Beiden verbonden aan de Vakgroep*

*Huisartsgeneeskunde, Sociale*

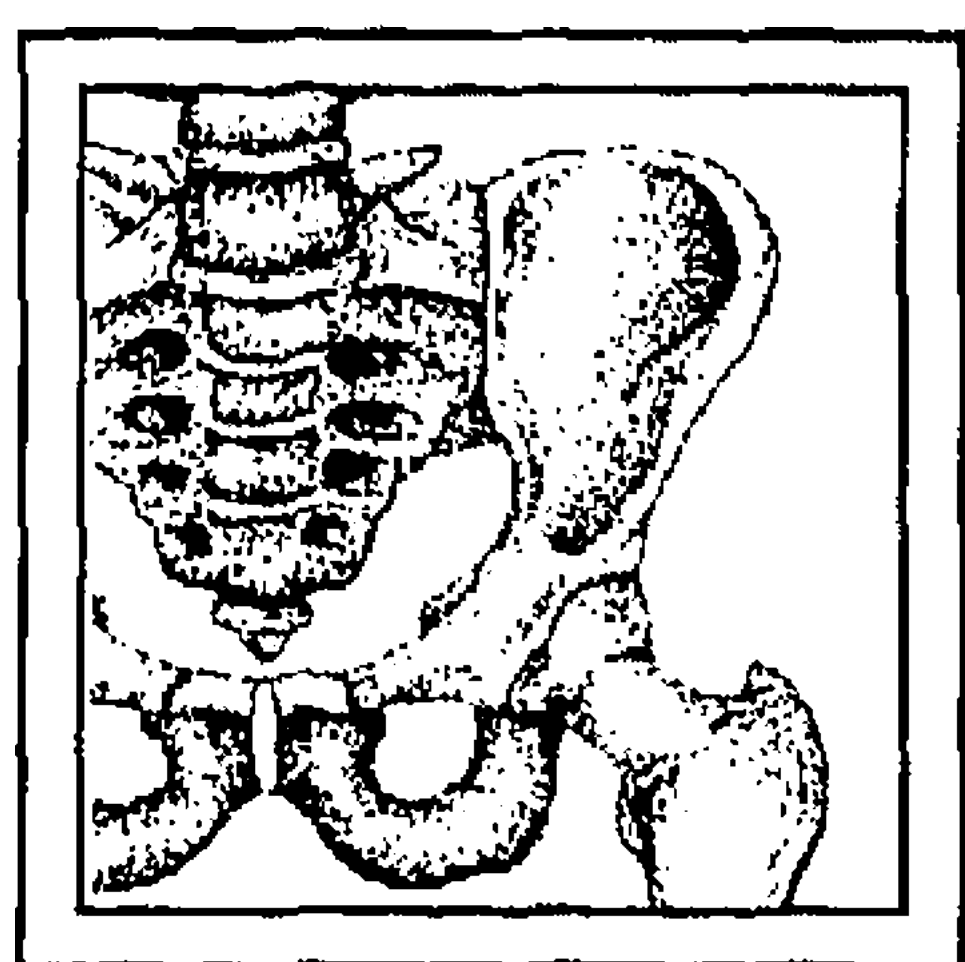
*geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde,*

*Katholieke Universiteit Nijmegen,*

*Nijmegen*

Artrose is de meest voorkomende, chronische aandoening in Nederland. Met als voorbeeld coxartrose en gonartrose werd een literatuurstudie verricht naar de etiologie, de therapeutische mogelijkheden en de effecten van voorlichting. (Tijdschr Huisartsgeneeskd 1997; 14(9): 296-300.)

*Steutelwoorden: artrose, bewegingsapparaat, literatuuronderzoek (artrose), NSAID's, voorlichting.*



**R**ecent onderzoek toont aan dat aandoeningen van het bewegingsapparaat frequent voorkomen. Het persoonlijke, maatschappelijke en wetenschappelijke belang van nader onderzoek naar deze categorie aandoeningen is recent door de Raad voor Gezondheidsonderzoek nog eens onderstreept.

De cijfers zijn indrukwekkend: 11% van de bevolking consulteert de huisarts wegens een nieuwe klacht van het bewegingsapparaat, 8% wegens een recidiefklacht.<sup>1</sup> In de huisartspraktijk is artrose een van de meest frequent geregistreerde aandoeningen. Op basis van de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie in Nijmegen heeft het RIVM berekend dat in Nederland ongeveer 239.700 mannen en 534.200 vrouwen artrose hebben.<sup>2,3</sup> De Waal c.s. vonden dat per jaar 89% van de patiënten met gonartrose en coxartrose de huisarts bezocht (gemiddeld vijf contacten), waarvan 57% (gemiddeld 1,6 contact) direct was toe te schrijven aan de artrose.<sup>4</sup>

Er wordt door patiënten met artrose een aanzienlijke beperking ervaren van allerlei aspecten van het ADL.<sup>5</sup> In de periode juli 1989 tot juni 1990 was artrose verantwoordelijk voor 3% van de nieuwe intredingen in de WAO.<sup>6</sup>

Er bestaat een grote diversiteit in het handelen van huisartsen je-

gens hun patiënten met artrose. Deze verschillen blijken niet te verklaren vanuit arts- dan wel patiëntkenmerken.<sup>5,1</sup>

### VRAAGSTELLING

Wij verrichtten een literatuurstudie met als leidraad de volgende vraagstellingen:

- 1 Welke factoren die bijdragen tot het ontstaan c.q. verergeren van artrose zijn door de huisarts te beïnvloeden?
- 2 Wat is de effectiviteit van de verschillende therapeutische mogelijkheden, vooral op het gebied van beweging en farmacotherapie?
- 3 Wat is de invloed van voorlichting op het welbevinden van patiënten met artrose en op het beloop van het ziektebeeld?

### METHODE

Het literatuuronderzoek is beperkt tot de artrose van heup en knie als gemakkelijk afgrensbare entiteiten, waarvoor internationaal geaccepteerde criteria bestaan (tabel 1 en 2).

Er werd een Medline-search verricht over de periode 1982-1994. Daarnaast werd de index van Huisarts en Wetenschap geraadpleegd. Nog niet getraceerde onderzoeken in de referenties bij deze artikelen werden eveneens bestudeerd. In totaal werden 81 artikelen bestudeerd, verder enkele symposiumverslagen en folders van het Reumafonds.





Figuur 1. Gonartrose.



Figuur 2. Rechts coxartrose, links totale heupplastiek.

## RESULTATEN

### Diagnostiek

De klachten waarmee de patiënt zich bij zijn huisarts meldt, zijn opgenomen in tabel 3.

Met de criteria van tabel 1 en 2 in de hand is de diagnostiek voor de huisarts geen groot probleem. Laboratoriumonderzoek levert geen bijdrage aan het stellen van de diagnose, hooguit draagt het bij tot het uitsluiten van andere aandoeningen, zoals reumatoïde arthritis of maligne ziekten.<sup>7</sup>

Wat betreft de röntgendiagnostiek blijkt er weinig correlatie te bestaan tussen de ernst van de

röntgenologische afwijkingen en het klachtenpatroon.<sup>7,10,21</sup> De indicaties voor röntgenopnames zijn (figuur 1 en 2):

- het uitsluiten van andere pathologie;
- geruststelling van de patiënt;
- beoordeling van de ernst van de artrose met het oog op eventuele operatieve ingrepen.

### Etiologie

Wat is er bij artrose aan de hand? De eerste veranderingen bij artrose treden op in het hyaliene kraakbeen van een gewricht. Enerzijds leidt dit tot ruw worden van het dragende deel van het ge-

wrichtsoppervlak, met meer wrijving en afslijting. Anderzijds vermindert het stootabsorberende vermogen, waardoor reactieve veranderingen c.q. beschadigingen van het onderliggende bot optreden, zoals sclerose, osteofyten cystevorming. Waarom deze veranderingen plaatsvinden, is nog steeds niet bekend. Er zijn allerlei hypothesen, die variëren van veranderingen in de chondrocyten, het optreden van 'vermoeidheids'fracturen dan wel microfracturen tot immuniteitsreacties toe. Het gewrichtskraakbeen heeft slechts zeer beperkte mogelijkheden tot herstel.

TABEL 1.  
Criteria voor gonartrose.<sup>41</sup>

- Pijn aangegeven in de knie, *plus ten minste drie van de volgende criteria:*
- Patiënt ouder dan 50 jaar
- Ochtendstijfheid van de knie korter dan 30 minuten
- Crepitaties bij actief bewegen van de knie
- Gevoeligheid van de gewrichtsranden bij palpatie
- Benige zwelling
- Bij palpatie geen warmte van het gewricht

TABEL 2.  
Criteria voor coxartrose.<sup>42</sup>

- Pijn aangegeven in de heup, bil of lies, *en*
- of* – Endorotatie van de heup minder dan 15° *en*
- BSE minder dan 45 mm/uur,
- of* – Endorotatie groter dan of gelijk aan 15°, *en*
- Pijn bij endorotatie van de heup, *en*
- Ochtendstijfheid korter dan 60 minuten, *en*
- Patiënt ouder dan 50 jaar.



**TABEL 3.**  
Klachten bij artrose.

- Pijn
- Aanvangspijn gedurende enkele minuten
- Stijfheid c.q. bewegingsbeperking
- Crepitaties bij bewegingen

**TABEL 4.**  
Oorzaken artrose in de literatuur.

- Overgewicht<sup>8,9</sup>
- Congenitale afwijkingen<sup>8,10</sup>
- Spierzwakte
- Instabiliteit gewrichten
- Zwaar gewrichtsbelastend werk<sup>11</sup>
- Gewrichtsbelastende sporten<sup>12,13,14,15,16</sup>
- Perifere neuropathie
- Leeftijd

De pijnsensaties bij artrose worden waarschijnlijk veroorzaakt door het oprekken van het omgevende collageenweefsel van kapsels, ligamenten, pezen en periost. Gewrichtskraakbeen zelf heeft geen pijnsensatie en het synovium is slechts spaarzaam geïnnerveerd. Het onderscheid tussen primaire en secundaire artrose, om daarmee al dan niet een oorzaak-gevolgrelatie te kunnen aangeven, is waarschijnlijk van weinig belang.

Artrose lijkt altijd secundair te zijn, en wel secundair aan een te grote belasting van het gewricht. Als enige uitzondering kan de genetisch bepaalde primaire vorm van artrose worden genoemd, die zich vooral manifesteert in de DIP-gewrichten van de handen, de zogenaamde knobbeltjes van Heberden.

In tabel 4 staan de oorzaken aangegeven, zoals wij die in de li-

teratuur hebben gevonden.

De verschillende onderzoeken leggen een andere nadruk op de oorzakelijke factoren. Zo werd in een tienjarig vervolgonderzoek op het EPOZ-onderzoek slechts weinig verband gevonden tussen artrose en een aantal van de in tabel 4 genoemde factoren.<sup>20</sup> Alleen lichaamsgewicht (hoe zwaarder, hoe meer artrose), geslacht (vrouwen vaker dan mannen) en de aanwezigheid bij het eerdere EPOZ-onderzoek van artrose in andere gewrichten bleek te correleren met heup- en/of knieartrose.<sup>20</sup> Een veertigjarig vervolgonderzoek van de Framingham-populatie liet een relatie zien tussen kniebelasting en de latere ontwikkeling van röntgenologische artrose.<sup>21</sup> Er lijkt geen relatie te bestaan tussen osteoporose en artrose.<sup>19</sup> Indien osteoporose met oefentherapie wordt behandeld, zou dit zelfs een verbetering van de artrose tot gevolg kunnen hebben.

Artrose is een aandoening van de oudere mens. Toch is de pathofysiologie een andere dan van de typische ouderdomskwalen. Dat wordt bevestigd door de bevinding dat artrose bij 35% van de bevolking onder de 30 jaar aantoonbaar is.<sup>18</sup> Slechts overgewicht en verkeerde belasting lijken onomstreden.

## **THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN**

### **Beweging**

Spierrek- en spierversterkende oefeningen, aerobische zwemmen of wandelen leiden tot pijnvermindering en functieverbetere bij patiënten met knieartrose.<sup>17,22,23,24,25</sup> Combinatie van de oefeningen met aerobische leidt tot iets meer functieverbete-

ring dan spierrek- en spierversterkende oefeningen alleen.

Het is noodzakelijk een nieuwe balans te vinden tussen belasting en belastbaarheid van de gewrichten. Op een aantal punten worden echter tegenstrijdige adviezen gegeven. Veel adviezen berusten eerder op ervaring dan op deugdelijk wetenschappelijk onderzoek.

### **Farmacotherapie**

De keuze bestaat uit:

- eenvoudige analgetica (bijv. paracetamol)
- NSAID's
- intra-articulaire injectie met steroïden
- intra-articulaire injectie met artiparon, een middel, dat kraakbeenregeneratie zou bewerkstelligen.

De meeste onderzoeken die wij traceerden, betreffen vergelijkende onderzoeken tussen verschillende NSAID's. Bij slechts twee onderzoeken werd een NSAID vergeleken met paracetamol. Hierbij kon niet worden aangetoond dat NSAID's een groter pijnstillend effect hebben dan paracetamol. NSAID's hebben een remmende activiteit op enzym-systemen die een rol spelen bij het pathologische proces dat plaatsvindt in het kraakbeen. Op dergelijke theoretische gronden wordt gesuggereerd dat NSAID's een beschermend effect zouden kunnen hebben op het kraakbeen. NSAID's zouden dan de voorkeur hebben boven eenvoudige pijnstillende middelen als paracetamol. Een overzichtsartikel komt echter tot de conclusie dat hiervoor onvoldoende bewijs is aangedragen.<sup>27</sup> De onderzoeken, die zijn verricht, betreffen ofwel dierexperimenten ofwel hebben



ze zodanige gebreken in de onderzoekopzet dat er geen valide conclusies zijn te trekken.

Langlopend onderzoek naar het effect van NSAID's moet ten minste vijf jaar duren om veranderingen in het kraakbeen te kunnen aantonen. Dergelijk onderzoek is moeilijk uitvoerbaar, gezien de problemen bij begeleiding, patiëntentrouw en kosten.<sup>27</sup> Intra-articulaire injecties worden weinig toegepast. Indicatie voor een injectie met corticosteroïden kan een ernstige gonartrose zijn met ontstekingsverschijnselen, waarbij orale medicatie niet werkzaam is gebleken en er contra-indicaties bestaan voor operatieve ingrepen.

Injecties met artiparon zijn in Nederland obsoleet, aangezien de veronderstelde werking, namelijk regeneratie van het kraakbeen, niet is aangetoond.

### Operatief ingrijpen

Aan het eind van de therapeutische mogelijkheden staat de operatie.

De indicatie voor een heupartroplastiek wordt – volgens de 'Consensus Totale Heupprothese', opgesteld door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging in samenwerking met het CBO – gesteld, nadat de conservatieve mogelijkheden zijn uitgeput. In volgorde van belangrijkheid gelden hierbij pijn, loopcapaciteit, mobiliteit en röntgenbeeld.

Correctie-osteotomieën van heup en knie worden steeds minder uitgevoerd, daar de pijnvermindering niet zo goed is als bij een kunstgewricht en het effect gemiddeld slechts zeven jaar duurt.

Patiënten hebben vaak te hoge verwachtingen van een opera-

tie.<sup>30</sup> De belangrijkste indicatie is de pijn, waarbij de pijn in rust en de nachtelijke pijn vooropstaan. Het effect van de ingreep hierop is uitstekend: meer dan 80% raakt totaal pijnvrij.<sup>88</sup> Wat de beweeglijkheid betreft, is het effect veel minder.<sup>30</sup> Het grootste probleem ligt in de aseptische loslating, een complicatie die overigens na een controleduur van tien jaar bij minder dan 10% is opgetreden.

### Overige factoren

De conservatieve behandeling maakt gebruik van allerlei hulpmiddelen. Helaas lijkt er een tekort aan kennis op het gebied van de verstrekking van hulpmiddelen. De huisarts geeft zelden informatie over hulpmiddelen.<sup>28,29</sup>

Bij de beoordeling van de effectiviteit van het therapeutisch handelen blijkt een grote invloed van niet-medische factoren op de klachten. Zo werd een opvallend verschil gevonden in het welbevinden en de mobiliteit bij reumatische aandoeningen van patiënten op het platteland en in de stad.<sup>31</sup> Het grotere sociale verband in een dorp en meer opvang door de familie zijn twee belangrijke factoren hierbij, die ook in andere onderzoeken zijn aangetoond.

### VOORLICHTING

Met name in de Verenigde Staten bestaat veel ervaring met het verstrekken aan patiënten van voorlichting over de etiologie en het beloop van artrose, veelal vergezeld van bewegingsadviezen. De effecten van deze cursussen zijn wetenschappelijk onderzocht.

Een significante daling van pijnscores en fysieke beperkingen na elf maanden werd bereikt door het verstrekken van mondelinge informatie over zelfhulp,

gevolgd door een maandelijkse telefonische evaluatie en een herhaling van de boodschap.<sup>32</sup> Een ander programma (zesmaal 2,5 uur) leverde een significante toename van de kennis over artrose op, maar ook een vermindering van de beperkingen. Dit alles bij een controleduur van twaalf maanden.<sup>33</sup>

Een zogenaamde zelfmanagementcursus (zesmaal twee uur) had hetzelfde effect, zelfs bij een controleduur van vier jaar en vier maanden. Bij een dergelijke opzet was er tevens een vermindering in de kosten van de gezondheidszorg.<sup>34,35</sup>

Een educatieprogramma op de computer leidde tot een significante toename in kennis en toepassing van gerichte bewegingsadviezen.<sup>36</sup>

In een ander onderzoek leidde wandeltraining onder begeleiding tot een significante verbetering van fysieke activiteiten en van prestaties op een zes minuten durende wandeltest.<sup>37,38</sup>

Bij al deze onderzoeken werd eveneens een aanzienlijke daling van de pijnscores en van het medicatiegebruik bereikt.<sup>38</sup>

In Nederland werd een zelfmanagementcursus voor patiënten met reumatoïde arthritis opgezet, een aandoening vooral van de oudere mens. Hoewel de pathofysiologie van deze ziekte een andere is dan van artrose, bleken er na vier en veertien maanden nog steeds duidelijke effecten meetbaar.<sup>39</sup>

### CONCLUSIES

Artrose is de meest voorkomende aandoening in Nederland. Uit het literatuuronderzoek concluderen wij dat overgewicht als risicofactor voor heup- en kniear-



trose door niemand ter discussie wordt gesteld.

Een evenwichtige belasting, dat wil zeggen geen overbelasting maar ook geen onderbelasting, vormt een belangrijke maatregel ter preventie van artrose. Daarnaast lijkt dit principe de hoeksteen van de behandeling te zijn. De term die hiervoor wordt gebruikt, is 'gedoseerd bewegen'.

Het therapeutisch handelen door de huisarts blijkt divers. De verschillende bewegingsadviezen zijn wetenschappelijk nog onvoldoende onderbouwd. De betekenis van de fysiotherapie is (nog) onduidelijk. Een belangrijke rol kan zijn het geven van oefeninstructies over het gedoseerd bewegen.

De voorkeur bij medicamenteuze therapie gaat uit naar paracetamol in een regelmatige en maximale dosering. Het risico op bijwerkingen bij het gebruik van NSAID's, zeker bij ouderen, en het feit dat NSAID's duurder zijn dan eenvoudige analgetica, zijn factoren die deze keuze onderstrepen. Pas bij onvoldoende effect kan een overstap naar de NSAID's worden gemaakt.

Een zogenaamde zelfmanagementcursus heeft elders zijn sporen verdiend. Maar de Amerikaanse gezondheidszorg is niet zonder meer te vergelijken met de Nederlandse situatie.

TNO doet op dit moment onderzoek naar een 'life-style'-programma bij artrosepatiënten, een Nederlandse variant op de zelfmanagement cursus.<sup>20,40</sup> De resultaten zullen na verloop van tijd beschikbaar komen.

Er is verder onderzoek nodig naar de vraag of de kwaliteit van leven, maar wellicht ook het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen, gebaat zijn bij een benadering van artrose conform de aanpak bij andere chronische aandoeningen. Dit zou betekenen dat artrose een aandoening is, waar vroege opsporing geboden is en het beloop, de complicaties en de therapeutische effecten regelmatig worden bijgehouden. ■

## LITERATUUR

Op aanvraag verkrijgbaar bij de redactie.

## PRAKTISCHE PUNTEN

- *Artrose is de meest voorkomende aandoening van het bewegingsapparaat.*
- *Huisartsen schatten de gevolgen van artrose onvoldoende in.*
- *De diagnose kan gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek.*
- *De medicamenteuze therapie kan met paracetamol worden begonnen.*
- *De meeste therapeutische adviezen, vooral op het gebied van de beweging, missen een wetenschappelijke fundering.*
- *Niet te behandelen pijn is de belangrijkste indicatie om te verwijzen voor een heupartroplastiek.*
- *Voorlichting en begeleiding blijken meetbaar effectief te zijn.*
- *De plaats van de 'zelfmanagement' cursus wordt nu onderzocht in Nederland.*

## DANKBETUIGING

Met dank aan C. Kistemaker en M. Vernooij, die als coassistent, in het kader van hun wetenschappelijke stage bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde, een literatuurstudie verricht hebben naar artrose. Van de resultaten van hun onderzoek is in dit artikel dankbaar gebruikgemaakt.

Ook de heer G.J. van Norel, orthopedisch chirurg in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis wordt hartelijk bedankt voor het beschikbaar stellen van de röntgenfoto's.

**Geen spoor meer te bekennen**

**MYKE-1** rechtstreeks schimmels op de voet

**Will-Pharma**  
Wilgenlaan 5  
1161 JK Zwanenburg